

## Oppsummering dialogkafebord 2

### Forverring av sykdomstilstand

- Forverring i hjemmetjenesten
  - lege kontaktes
  - Vurdering av PSHT - Tromsø, Harstad, Balsfjord, Karlsøy og Lenvik. Team, som har ansatte både fra spesialisthelsetjeneste og kommunene, vurderer sammen med hjemmetjenesten. Følger også pasienten i overgangen mellom hjem og sykehus.
- Akutt og uavklart – innlegges sykehus
- Tverrfaglig kartlegging i starten av sykdomsfasen er viktig for å kunne sette inn de rette tiltakene. Utrede rehabiliteringspotensiale før man setter i verk kompenserende tiltak.
- Må kunne skrive gode henvisninger for å få pasienten innlagt
- Kan bli sendt til sykehjem – ikke alle sykehjem har rehabiliteringsfokus
- Ved forverring kan pasienten bli innlagt på vurderingsenhet, korttidsplasser på institusjon
- Kan bli direkte innlagt på OGT Sonjatun eller Lenvik (spesialisthelsetjeneste) dersom det ikke er behov for ytterligere utredning fra UNN. Ledig kapasitet på Sonjatun
- Skjervøy har sykestue – får derfor i liten grad tilbud fra OGT på Sonjatun
- Ved private rehabiliteringsinstitusjoner på spesialistnivå får ikke pasientene tilbud dersom en har for stort hjelpebehov
- Pasientgrupper med kroniske sykdommer med store hjelpebehov og som får en funksjonsforverring får ikke tilbud. Det er mangel på institusjonsplasser både i kommune og i spesialisthelsetjeneste. Det blir stadig færre senger for disse brukergruppene. Når brukerne vet at det er liten mulighet for å få tilbud slutter de å søke på opphold, slik at behovet blir usynlig. Viktig at denne gruppen får tilbud for å forsinke utviklingen av funksjonstap
- Man må tenke på hele mennesket ved psykisk sykdom ikke bare på psyke og rus. Pasienter med rus- og psykiatriproblematikk kan ha komplekse somatiske forhold som bør utredes– f.eks. ernæring
- ACT-team kun i Harstad, FACT-team i små kommuner – oppsøkende team til personer med alvorlige psykiske lidelser. Gir både spesialisthelsetjeneste- og kommunehelsetjenestetilbud
- Det er viktig med god koordinering mellom tjenestene ved forverring av sykdom. Ofte blir flere hjelpeinstanser tilkalt slik at flere jobber med samme sak.
- Kommunen får for kort tid på å forberede seg på at pasienten kommer hjem fra sykehuset. F.eks. får hjemmetjenestene beskjed rundt fredag kl.13.00 om at pasientene skrives ut samme ettermiddag.
- Pasienten som skal ha oppfølging av kommunehelsetjenesten etterpå bør ha med epikrise fra sykehuset. Informasjonen kommer alt for sent.
- Det burde vært Skype-møter ved utskrivelse slik at alle parter blir godt informert
- Det bør bli bedre informasjonsutveksling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste – skape fleksible tjenester. Det burde vært informert fra spesialisthelsetjenesten om hvilke symptomer som kan oppstå etter hvert, slik at kommunehelsetjenesten er mer forberedt og kan aksjonere ved endring.
- Spesialisthelsetjenesten bør starte på en plan som kan følges opp hjemme

- Det savnes nevroteam – et team med spesialkompetanse i forhold til nevrologi. Man kan tenke regionale team evt. samarbeid med UNN
- Spesialisthelsetjenesten må reise mer ut til der pasientene bor. Spesielt viktig i forhold til nevrologi.
- For mye forskjellig personale i hjemmetjenesten som ikke kjenner til hvordan forholde seg til sykdommen ME, kan forårsake forverrelse av sykdommen.
- ART – gir tilbud ved komplekse tilstander – bl.a. ME. De veileder hjemmetjenesten
- Det fins en del private tilbud som ikke er så godt kjent f.eks. privat fysioterapeut som driver parkinsongruppe, legesenter som driver trimgrupper etc.
- Nakkeskadde opplever ikke å ha tilbud i regionen eller i Norge – må til utlandet.
- Bolig er en viktig faktor i en rehabiliteringsprosess. Manglende bolig fører ofte til forsinket rehabiliteringsprosess.
- Man glemmer hvor viktig hverdagslivet er. Aktivitet og deltagelse kan være like viktig som funksjonstrening. Det sosiale og livsglede- det er lite fokus på det.
- Kommunene mangler sosionomer
- LMS – først etter ei stund man ser at man har behov for mer kunnskap. Ønsker å være sånn man var fra før. Man må finne den nye måte å leve på. Man må vite hvor tjenesten finnes.
- LMS – vanskelig å bygge opp et tilbud i kommunene – små kommuner – få brukere med samme diagnose – bør være et samarbeid med LMS UNN
- Det kan være belastende å reise langt for brukerne å reise langt for å delta på LMS-kurs